2e Année. N° 15. 1er Octobre 1881.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Histoire d'une balle ayant séjourné dix ans dans la tête et retrouvée dans le larynx. Guérison.

Par le docteur Ch. Fauvel.

Tous les chirurgiens, surtout les chirurgiens militaires, savent combien il est fréquent de voir une balle, que l'on croirait mortelle et devant atteindre des organes essentiels à la vie, devenir presque inoffensive et séjourner dans le corps pendant des mois et des années sans occasionner d'autre syptôme qu'une douleur plus ou moins vive et souvent intermittente. Tous ceux qui ont eu l'occasion de soigner des blessés ont pu voir combien le trajet d'une balle est souvent bizarre et difficile à déterminer. Combien de fois ce projectile, lancé presque au hasard, dissèque-t-il avec l'art d'un chirurgien habile et évite-t-il des organes importants, pour n'occasionner qu'une plaie de minime importance qui guérira presque d'elle-même.

Je ne rappellerai point ici toutes les curiosités de ce genre que l'on peut observer, car il suffira de lire les observations rapportées par MM. le baron Larrey (1), Benjamin Milliot (2), Gillette (3), Maurice Laugier (4), A. Lecomte (5), etc., etc., pour se faire une idée de ces faits que l'on peut avec juste raison regarder comme extraordinaires.

Malgré la richesse de la chirurgie militaire en curiosités pathologiques, je ne crois pas qu'il ait encore été observé un fait semblable à celui que je me propose de publier ici. Non seulement je n'ai rien trouvé d'analogue dans les nombreuses publications que j'ai compulsées, mais j'ai montré le malade à des sommités médicales qui l'ont trouvé bien digne d'intérêt.

C'est ainsi que MM. Legouest, président de l'Académie de médecine, ex-professeur au Val-de-Grâce et le Dr Parrizot, professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, ont été heureux de voir un cas aussi rare, et M. le baron Larrey, dont tout le monde connaît l'autorité en pareille matière, a bien voulu, après avoir longtemps examiné le malade, mettre toute sa bibliothèque à mon entière disposition.

Après avoir lu l'observation que je vais rapporter, on comprendra facilement combien il est difficile de se faire une idée exacte de la position d'une balle dans le corps, à ne considérer que le point par où elle est entrée. Tout le monde connaît l'histoire de la fameuse balle de Garibaldi, mais que de balles introuvées ou plus difficiles encore à reconnaître, sont restées dans l'oubli.

Parmi les faits qui pourraient se rapprocher de celui que j'ai observé, je pourrais citer celui de Traube (6) publié récemment et dans lequel il s'agissait d'un hom-

(1) *Mémoires et Campagnes.*

(2) *Du diagnostic et de l'extraction des projectiles*, 1872.

(3) *Arch. génér. de méd.* 1873. Remarques sur les blessures par arme à feu, etc.

(4) *Gaz. hebdom.* Paris, 1872.

(5) *De l'exploration des balles dans les plaies par armes à feu, des os et des articulations*, Paris, 1863.

Voir encore le *Bulletin de la Soc. de Chirurg.*, 16 décembre 1857; les *Archives de méd.*, 1858-59. Art. d'Onésime Lecomte.

(6) *Arch. of. laryng.* New-York, 1881, t. II, n° 1.

me de trente-huit ans, qui se plaignait de douleur à la déglutition, de dyspnée et d'enrouement. Il racontait qu'il avait été blessé par un coup de feu *au niveau du cou* et du côté gauche, depuis douze ans environ ; la dysphagie aurait toujours existé depuis cette époque.

A l'examen laryngoscopique, l'auteur vit que le sinus pyriforme gauche était entièrement caché par un corps étranger, très dur au toucher avec la sonde, et qu'il put extraire avec les pinces. Ce corps était une balle mesurant un quart de pouce de diamètre et un demi-pouce de long.

Après l'extraction de cette balle le malade put avaler facilement et, en quelques jours, il recouvra sa voix.

On pourra également lire une remarquable observation de mon savant maître M. Larrey fils (1), observation concernant un officier atteint en Kabylie d'une balle, qui, après avoir brisé comminutivement le maxillaire inférieur, alla se loger dans la profondeur du cou, sans révéler sa présence par aucun signe certain. On verra avec quel tact parfait, le chirurgien s'aidant de la palpation externe, du cathétérisme œsophagien, de l'analyse des signes fonctionnels : phonation, déglutition, mouvements musculaires, divisions successives et permettant des explorations de plus en plus rapprochées du projectile, etc., put en reconnaître la position exacte et enlever cette balle placée entre l'œsophage et la colonne vertébrale, près des vaisseaux carotidiens.

Enfin, je citerai encore le cas rapporté par M. Ch. Gilette (2), d'une balle reniflée par un officier. Le projectile pénétra par une des narines et, arrêté par la paroi pharyngienne du rachis, il fut *immédiatement* rejeté par la bouche.

Il n'y eut pour toute lésion, qu'un peu de déchirure de la muqueuse pituitaire qui donna lieu à un épistaxis, sans trace de lésion du squelette de la face, ni de la colonne vertébrale.

(1) *De l'exploration des balles dans les plaies*, etc., par le Dr O. Lecomte, élève de Larrey, Paris, 1863, p. 17.

(2) *Loc. cit.*, p. 10.

Mais comme je viens de le dire, tous ces faits n'ont avec celui que j'ai moi-même observé qu'une analogie assez éloignée. Il sera du reste facile d'en juger.

OBSERVATION

M. F. Ducas, âgé de 38 ans, coiffeur, demeurant à Paris, 143, rue Secrétan, à la Villette, d'une bonne constitution, solidement bâti, mesurant 1m 70, vint me consulter le 5 janvier 1881.

Le malade me raconte, qu'au moment de finir son service, il fut blessé le 2 décembre 1870, devant Artenay, par un projectile ennemi qui pénétra dans la tête au-dessous de l'œil gauche. Le malade, blessé à 4 heures du soir, perdit aussitôt connaissance et ne fut relevé qu'à une heure du matin, pour être porté à l'ambulance. Dans cette même nuit, il dit avoir perdu beaucoup de sang et éprouvé de vives douleurs du côté de l'œil gauche et même dans tout le corps. Reconduit le lendemain 3 décembre, à l'ambulance de la gare de Blois, il eut une nouvelle hémorrhagie lors de l'enlèvement des premiers appareils de pansement.

Les douleurs persistèrent, et pendant deux jours le malade ne put prendre aucune espèce de nourriture. Ce ne fut que quinze jours après avoir été blessé que les aliments solides commencèrent à passer (1). Les chirur-

(1) Voici du reste la *copie textuelle* d'une lettre que m'a adressée le malade, et dans laquelle on trouvera tous les renseignements qu'il a pu nous fournir sur ses antécédents et sur les différents symptômes qu'il a éprouvés, depuis le jour de l'introduction de la balle, jusqu'à son extraction :

Voici, comme vous me l'avez demandé, concernant ma blessure, les quelques souvenirs que je puis me rappeler :

« Soldat au 16me de ligne, j'ai été blessé par l'ennemi devant Artenay, le 2 septembre 1870, à 4 heures du soir.

» La balle m'est entrée dans la tête au-dessous de l'œil gauche.

» J'ai perdu tout de suite connaissance. Relevé à 1 heure du matin et emporté dans les fermes d'Artenay, j'y ai été soigné par les médecins du régiment et les docteurs de l'ambulance.

» Cette nuit, hémorrhagies, puis grandes douleurs dans l'œil gauche et dans tout le corps, peu faciles à définir.

» Reconduit le lendemain, 3 septembre 1870, à l'ambulance de la gare de

giens militaires étaient loin d'être d'accord sur la présence ou l'absence de la balle dans la tête, les uns pensant qu'elle était restée dans un point difficile à déterminer, les autres augurant qu'elle avait dû sortir entraînée par le sang de l'hémorrhagie. Néanmoins, les Prussiens ayant fait un retour offensif, le malade fut renvoyé à Coutres (Loir-et-Cher) dans sa famille, où il reçut les soins du Dr Joze. Ce praticien, sans vouloir

Blois, après d'horribles souffrances, l'hémorrhagie a eu lieu lors de l'enlèvement des premiers appareils.

» Après le pansement, douleurs intenses partout, ne sachant où me mettre pour éprouver un peu de soulagement. Pendant deux jours, aucune nourriture solide ou liquide ne pouvait passer.

» J'ai pris bouillon et autres liquides au bout de quelques jours, et j'ai commencé à manger un peu de nourriture habituelle quinze jours après.

» Malgré cela, pendant dix-huit mois, par intervalles fréquents, principalement le soir et pendant la nuit, crises douloureuses, c'est-à-dire maux de tête et douleurs aiguës dans les mâchoires. Dans le jour, malaise général, fortes démangeaisons dans l'œil gauche et sensations affaiblies de ce que je souffrais pendant la nuit.

» Je me suis trouvé soulagé pendant deux ans, n'éprouvant que de petites migraines ; sauf, périodiquement, aux époques correspondant à la blessure, où j'éprouvais pendant les mois d'hiver un surcroît de souffrances exceptionnelles.

» Mais, depuis huit ans, le mal revenait et toujours en augmentant d'intensité ; depuis cinq mois surtout, et principalement à cause des violents maux de gorge, cela devenait intolérable. Ne pouvant plus travailler, manger, boire et dormir tranquillement, j'ai été forcé de voir les médecins.

» Les deux derniers mois, je rendais tout les soirs une partie de ma nourriture par suite des vives douleurs que j'éprouvais dans la gorge, et j'avais habituellement comme un petit goût sûr dans la bouche. Comme autrefois, je ressentais : tiraillements agaçants de l'œil gauche, douleurs aiguës de gorge, de mâchoire, d'oreille gauche, picotements de la langue et démangeaisons de joue gauche, violents et fréquents maux de tête. Enfin, souffrances telles et revenant si souvent, que je pensais ne pouvoir jamais guérir.

» Envoyé vers vous par MM. les docteurs Martinelli et de Montméja pour avoir les soins d'un spécialiste, j'ai, le 8 février 1881, à 9 heures du matin, rendu, dans un de mes violents haut-de-cœur, la balle que vous avez souvent pincée et dont vous avez sans nul doute facilité la sortie par vos opérations réitérées.

» Je ne ressens plus que quelques douleurs au cou, et ma situation actuelle est si différente d'autrefois, que je profite de l'occasion, Monsieur le Docteur, pour vous prier d'agréer ici tous mes remercîments. »

F. Ducas (coiffeur),
Né à Coutres (Loir-et-Cher), le 31 mars 1843,
27, *Boulevard Haussmann* (Paris).

rechercher la balle, appliqua un petit seton en toile allant de la plaie dans la bouche. Ce seton était si douloureux qu'on fut obligé de l'enlever après trois jours.

Le malade me raconte que pendant trois mois il rendit de petits morceaux d'os et du pus par la bouche, que le docteur allait tous les jours chez lui avec le chirurgien militaire pour lui enlever des esquilles avec les pinces, et l'une d'elles contenait même un morceau de balle.

M. Ducas avait conservé tous ces débris dans une petite boîte, qui malheureusement a été détruite avec une grande partie de ce qu'il possédait, par un incendie dont il fut la victime.

Le nez et l'oreille sont restés indemnes. La vue du côté gauche est devenue faible aussitôt après le coup de feu, mais depuis deux ans l'affaiblissement de la vue n'a point fait de progrès. Lorsque le malade ferme l'œil droit, il voit les objets dans un brouillard.

Interrogé sur la position qu'il occupait au moment où il fut blessé, M. Ducas me raconte qu'il était en train de charger son fusil Chassepot, fixant le levier, et ayant la tête inclinée du côté gauche. L'ennemi, caché dans les bois d'Artenay, n'était pas à plus de 60 mètres, et il est probable que la balle n'a frappé le malade que par ricochet.

Le malade me dit avoir commencé à souffrir de la gorge sept mois avant de venir me voir, c'est-à-dire en juillet, mais il ne rattachait nullement sa souffrance à la migration ou à la présence de la balle.

Il aurait d'abord éprouvé des douleurs du côté des deux amygdales, que M. le docteur Martinelli lui cautérisa avec du nitrate d'argent, en lui prescrivant de l'eau d'Enghien, et plus tard de l'iodure de potassium à l'intérieur, bien que le malade n'eût aucun antécédent vénérien.

Au mois de novembre, la douleur se fixa dans la mâchoire inférieure au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et de l'oreille gauche. Il éprouva des bourdonnements, des picotements et des élancements qu'il comparait à la piqûre d'une aiguille enfoncée dans l'oreille. En même temps, la cicatrice fut le siège d'une

vive démangeaison et le malade se grattait jusqu'au sang.

Au mois de novembre il commença à tousser, éprouvant des picotements au larynx surtout du côté gauche, il expectora même quelques filets de sang et la toux devint surtout fréquente durant la nuit, survenant sous forme de quintes violentes. Les picotements devinrent si aigus, que M. Ducas était convaincu avoir une arête de poisson placée au fond de la gorge, et il essayait à chaque instant de l'avaler ou de refouler ce corps étranger à l'aide d'une petite baleine et même avec le doigt, ayant alors, disait-il, la sensation d'un corps dur et résistant.

Vers le 15 décembre, la voix commença à s'altérer et à devenir enrouée, restant voilée jusqu'au mois de janvier, où l'enrouement fut remplacé par de l'aphonie. Les troubles de la déglutition marchèrent de pair avec ceux de la phonation, et vers la fin du mois de décembre, le malade ne put avaler que des aliments liquides qui passaient avec beaucoup de difficulté : parfois même la déglutition des liquides ne pouvait s'effectuer et les aliments solides passaient, quoique en occasionnant une vive douleur.

Enfin, il m'est adressé, le mercredi 5 janvier, pour la première fois, par MM. les docteurs Martinelli et Montméja.

A l'examen extérieur, je constate une cicatrice profonde, formant une dépression étoilée, au-dessous de la moitié externe de l'œil gauche (fig. 1). Cette cicatrice, en forme de croissant, dont la concavité regarde en haut et en dedans, est située à environ 5 centimètres du bord libre de la paupière inférieure; la pointe externe de la cicatrice aboutit juste au-dessus de l'angle externe de l'œil, et l'extrémité interne, juste au milieu du bord de la paupière inférieure, qu'elle suit dans une ligne parallèle courbe de 5 centimètres de longueur.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte apparaît saine dans toutes ses parties, ayant sa coloration normale au niveau de sa face linguale. Le repli ary-épiglottique, la bande ventriculaire, la corde vocale inférieure, et en un mot toute la partie droite du larynx offre son aspect à peu près normal.

Du côté gauche, au contraire, j'aperçois une *tumeur noirâtre*, d'aspect mamelonné, irrégulière, presque fon-



Fig. 1.

Perte de substance, cicatrice produite dans la joue gauche par l'entrée d'une balle Prussienne reçue à la bataille d'Artenay, le 2 décembre 1870.

gueuse et remplissant tout l'infundibulum laryngien de ce côté, masquant le repli ary-épiglottique, la bande ventriculaire et les trois quarts postérieurs de la corde vocale inférieure gauche en dedans, remplissant en dehors une partie de la fosse hyoïde.

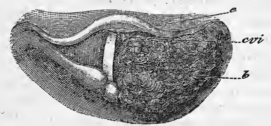


Fig. 2.

Aspect du larynx à ma première exploration, le 5 janvier 1881.
e. Épiglotte.
c. v. i. Corde vocale inférieure gauche.
b. Tumeur noirâtre remplissant l'infundibulum laryngien du côté gauche, et une partie de la fosse hyoïde.

Cette tumeur a la plus grande analogie avec le cancer

mélanique, et surtout avec un cas de ce genre dont j'ai déjà rapporté un exemple dans mon *Traité des maladies du larynx* (1). Néanmoins, connaissant la rareté de cette dernière affection, je crus me rapprocher davantage de la vérité, en pensant à une phthisie laryngée. J'ordonnais, en conséquence, un traitement tonique composé d'huile de foie de morue et de vin de coca, et une médication révulsive consistant en un vésicatoire appliqué sur le thorax.

Le jeudi 6 janvier, à la clinique, la tumeur apparaît très saillante, tandis que le lundi 10, on l'aperçoit à peine tellement elle semble avoir diminué.

Le jeudi 13, la tumeur se montre de nouveau assez volumineuse.

Le 24, tout le repli ary-épiglottique du côté gauche est le siège d'un œdème considérable, et la muqueuse, fortement tendue par la sérosité qu'elle contient, fait ressembler le repli à une petite vessie de poisson. (Voir fig. 3.)

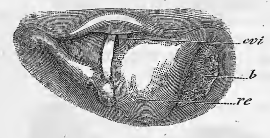


Fig. 3.

Aspect du larynx dix-neuf jours après la première exploration.
c. v. i. Corde vocale inférieure gauche.
b. Tumeur ayant en partie disparu sous le repli ary-épiglottique, *r. e.*, fortement œdématiée.

La tumeur, d'aspect mélanique, a presque entièrement disparu dans le sinus pyriforme gauche ; elle se trouve également en partie recouverte par le repli ary-épiglottique de ce côté.

27. — L'œdème a beaucoup diminué et l'on aperçoit de nouveau la tumeur assez volumineuse, que je montre

(1) *Traité des maladies du larynx*. Paris, 1876, t. 1, pl. XIII, fig. 3.

aux médecins qui assistaient à la clinique, en la comparant à un morceau de charbon ou à une truffe.

31. — En présence de la marche de l'affection, et surtout à la résistance que présentait la tumeur au toucher, soit avec le doigt, soit avec la pince, je me vis bientôt obligé de renoncer à ma première supposition, et je songeais, malgré l'extrême rareté de la maladie, à une tumeur ostéomateuse que je me proposais d'enlever ; je fis donc ce même jour quelques essais d'extraction qui n'amenèrent au bout de ma pince que quelques lambeaux de muqueuse, et bientôt la tumeur s'étant recouverte de sang, je fus obligé de remettre mes tentatives à une autre séance.

Jeudi 3 février. — Je fais de nouveaux essais, m'efforçant de repousser la tumeur dans l'œsophage et de reconnaître, avec le doigt et avec la pince, le point exact d'implantation du néoplasme. N'ayant pu extraire la tumeur, je prie alors mon chef de clinique, M. Coupard, de me procurer un serre-nœud prêt à fonctionner pour le lundi suivant 7 février.

Lundi 7. — La tumeur a presque entièrement disparu, mais je fais cependant une nouvelle tentative, qui n'est point encore couronnée d'un succès instantané, mais le lendemain mardi, à neuf heures du matin, après une

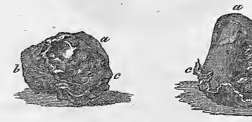


Fig. 4.

Aspect de la balle rendue par le malade :

Vue verticale et vue horizontale. — Pointe conique, sur laquelle on remarque une petite perte de substance.

b. c. Base de la balle où l'on voit des hachures et des parties érodées, recouvertes par place de lambeaux de muqueuse.

(La balle est représentée de grandeur naturelle.)

nuit blanche passée à tousser et à cracher de la salive, et après avoir rendu ses aliments, le malade est pris

de nausées, de vomituritions, et pendant deux efforts plus violents que les précédents, étant debout, la tête penchée en avant, il rejette dans le creux de sa main droite un corps dur et pesant qu'il venait de sentir dans sa bouche. Quel ne fut pas son étonnement en examinant ce corps étrangers, de voir une balle qu'il ne s'attendait certes pas à retrouver en cet endroit, et qui était recouverte d'une mince pellicule blanchâtre, et sur divers points entourée de lambeaux de muqueuse.

10 février. — Le malade a recouvré toute sa voix, il avale facilement solides et liquides ; la toux a complètement disparu, mais il éprouve encore quelques douleurs derrière la tête. Les oreilles et la mâchoire sont dans leur état normal.

Je constate un léger œdème de la muqueuse qui recouvre le cartilage aryténoïde gauche. Ce repli semble un peu mou, et l'on ne voit plus dans la gouttière pharyngo-

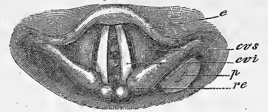


Fig. 5.

Résultat de l'examen laryngoscopique après l'expulsion de la balle.
e. Epiglotte.
c. v. s. Corde vocale supérieure gauche. (Bande ventriculaire).
c. v. i. Corde vocale inférieure.
p. Point cicatriciel, résultant de la déchirure des tissus dans lesquels la balle était logée.
r. e. Repli ary-épiglottique légèrement œdématié.

laryngée gauche, sur la paroi externe, qu'un point blanchâtre qui correspond aux déchirures faites avec ma pince et d'où la balle a pu se dégager pour être rejetée par le malade (fig. 5).

A l'examen rhinoscopique, très facile à pratiquer, on voit que la trompe d'Eustache gauche a son aspect normal, ainsi que la fossette de Rösenmuller ; seulement je constate au niveau de la paroi supérieure des arrière-fosses nasales, une série de petites perforations, par où

ont dû se faire jour et passer les esquilles rendues autrefois par le malade. Ces pertuis sont surtout nombreux du côté gauche de la cloison médiane, et au-dessus de l'ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache de ce côté. (Voir fig. 6.)

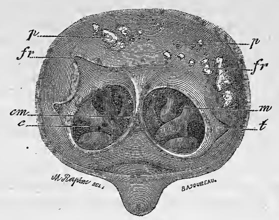


Fig. 6.

Aspect de l'orifice postérieur des fosses nasales.
f. r. Fossette de Rösenmuller.
m. Ouverture des méats.
c. m. Cloison médiane.
c. Cornets.
t. Orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

Je n'ajouterai pas que le malade a, depuis le jour de l'expulsion de la balle, recouvré sa santé d'autrefois; il suffira de se reporter à la lettre qu'il m'a écrite et que j'ai publiée *in extenso*, bien à dessein, pour faire connaître la marche de la maladie et le résultat obtenu.

A la lecture de cette observation, le lecteur s'étonnera peut-être de m'avoir vu hésiter au début sur la nature de l'affection.

Cependant il sera facile de comprendre combien l'erreur était difficile à éviter, si l'on songe que le malade ne m'a pas fourni *au début* les renseignements précis que j'ai consignés dans mon observation, et que j'étais loin de penser qu'une balle, peut être rejetée, et dans tous les cas, ayant séjourné dix ans dans la tête, ait pu déterminer des symptômes laryngiens aussi tardifs.

En effet, quand M. Ducas me fut envoyé par les doc-

teurs Martinelli et De Montméja, il ne se plaignait de la gorge que depuis trois mois environ, il éprouvait tous les symptômes d'une phthisie laryngée arrivée à la période ulcéreuse, et le mauvais état du malade semblait bien confirmer le diagnostic. Ce n'est donc que l'aspect du larynx, l'existence de cette tumeur noirâtre qui venait me faire hésiter et qui me fit tenir le malade en observation constante et rigoureuse.

Bien plus, même après avoir touché la tumeur avec le doigt, après avoir senti la dureté et la résistance qu'elle présentait sous ma pince, pendant les efforts d'extraction que je faisais, je n'ai pas osé songer à la présence d'une balle, dont la migration me paraissait et me paraît encore des plus difficile à expliquer.

Le diagnostic de la présence du corps étranger me paraissait des plus difficiles à poser, et j'avoue que j'ai eu besoin d'avoir le corps du délit dans la main et de me convaincre *par la vue* de sa sortie, pour croire à une pareille lésion.

Si le début de la maladie eût été plus ancien, ou la date de la blessure plus récente, j'aurais pu me servir avec avantage de l'explorateur électrique de Trouvet, dont parle M. le docteur Benjamin Milliot, dans son excellent mémoire (1). Mais je le répète encore, j'étais loin de songer à la possibilité de la présence d'une balle dans le repli ary-épiglotique alors que le point d'introduction siégeait au-dessous de l'œil gauche, et que la paroi pharyngienne ne présentait pas la moindre altération.

Après la question du diagnostic, un autre point me semble particulièrement intéressant à étudier, c'est le trajet du projectile.

Comme on peut le voir dans le premier dessin (fig. 1), la balle a pénétré en dehors de l'œil gauche, à 5 centimètres environ de l'angle externe, c'est-à-dire, selon toute vraisemblance, au-dessous de l'os malaire, vers le point d'union de ce dernier avec l'apophyse zygomatique, dont il a peut-être fracturé le bord inférieur ; pénétrant alors à travers les parties molles situées à ce niveau, entre la face interne de la branche montante du

(1) *Du diagnostic et de l'extraction des projectiles*. Paris, 1872.

maxillaire inférieur, d'un côté, et le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, au-dessous de l'apophyse pyramidale de ce dernier, de l'autre, la balle a pu de cette manière pénétrer obliquement (car le malade avait la tête légèrement penchée du côté gauche), et aller se loger dans l'apophyse basilaire sans déterminer aucune fracture, ou peut-être en érodant la portion externe de l'apophyse ptérygoïde, ce qui est cependant peu probable; le projectile, qui semble n'avoir atteint le blessé que par ricochet, arrivé à ce niveau, aura été arrêté par l'apophyse basilaire et par la paroi antérieure du rachis, s'étant probablement logé derrière l'aponévrose pharyngienne, dans l'épaisseur de l'apophyse basilaire.

On peut ensuite supposer qu'après s'être creusé une loge dans l'épaisseur de l'os au niveau de l'apophyse basilaire, au lieu d'enkyster le projectile, le travail de réparation se faisant de dedans en dehors et de haut en bas, a fini par détacher les lamelles osseuses nécrosées qui se sont éliminées et ont été rejetées par le malade à travers les petits pertuis constatés au niveau de la paroi pharyngienne (Voir fig. 6), et la balle elle-même, n'étant plus retenue, s'est détachée de l'apophyse pour aller se loger dans le trousseau fibreux, inséré au niveau de l'apophyse basilaire (1).

A partir de cette époque, le projectile cédant aux lois de la pesanteur sera descendu peu à peu sur la partie antéro-latérale gauche de la colonne vertébrale, caché par le voile du palais d'abord, et par les muscles pharyngo-staphylins (piliers postérieurs) ensuite, jusqu'au moment où arrivé au niveau de la base de la langue, il a été arrêté par un plan horizontal et est allé se loger dans l'épaisseur du repli ary-épiglottique gauche en occasionnant les divers symptômes éprouvés par le malade. (Voir *Observation.*)

Il est évident que l'explication que nous venons de donner sur la marche de la balle à travers les tissus du pharynx, laisse plus d'une porte ouverte à la critique.

On peut en effet se demander comment un projectile aussi volumineux a pu passer à côté de l'orifice pha-

(1) Voir Tillaux. *Traité d'anat. topographique*, Paris, 1877, p. 268.

ryngien de la trompe d'Eustache, et déterminer à peine quelques bourdonnements du côté de l'oreille; comment le malade n'a ressenti aucune gêne au moment où il arrivait derrière les piliers postérieurs. Enfin, bien d'autres points de cette observation nous semblent difficiles à éclaircir nettement, mais le fait lui-même n'en reste pas moins comme une observation curieuse de corps étranger du larynx, tant au point de vue de la cause, qu'à celui du résultat obtenu grâce à l'examen laryngoscopique.

Dr Ch. FAUVEL.

Contribution au traitement du coryza chronique simple.

Par le docteur LÖWENBERG.

Le coryza chronique simple est une affection fréquente et généralement fort rebelle aux traitements usuels. Très gênante pour les malades à tout âge, elle présente même de la gravité dans la première enfance, comme les recherches de Rayer et de Billard l'ont prouvé.

Le coryza chronique simple s'accompagne de tuméfaction de la pituitaire, d'altérations quantitative et qualitative de la sécrétion nasale et de troubles divers. L'odorat s'affaiblit, quelquefois au point d'aboutir à une perte complète; les sensations gustatives s'émoussent; l'obstruction des fosses nasales s'oppose à la formation de certaines lettres et il y a nasonnement; enfin, dès que le gonflement hypertrophique de la pituitaire atteint un certain degré, l'inspiration ne peut plus se faire d'une façon suffisante par la route nasale, et le malade recourt à la respiration buccale, d'où l'expression un peu niaise due à l'entre-bâillement de la bouche et une action nocive exercée sur le pharynx par l'air qui le frappe directement.

Je n'insisterai pas sur ces phénomènes, les ayant développés en détail dans un mémoire antérieur (1). Le but principal de ce travail est la *thérapeutique* du coryza chro-

(1) B. Löwenberg. *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*, 1878.

nique simple. Mais, avant de l'aborder, je crois utile de parler d'une complication qui se rencontre fréquemment. Il s'agit d'une *malformation spéciale de la cloison*, que j'ai souvent observée, et qui, contribuant à rétrécir l'entrée des fosses nasales, joue un rôle considérable chez les individus atteints de coryza. Ce sont des proéminences coniques, implantées sur la cloison et se dirigeant vers la paroi extérieure du nez. Généralement ces sortes d'éperons se trouvent au niveau du cornet inférieur. Souvent ils occupent à la fois les deux faces de la cloison. Comme c'est surtout la muqueuse du cornet inférieur qui se trouve hypertrophiée dans le coryza chronique, le bout de ces éperons touche souvent le revêtement du cornet, de façon à intercepter l'entrée des fosses nasales. Ce fait joue un rôle important, d'après mon observation, dans le traitement de la maladie qui m'occupe, et aussi dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; mais cette dernière particularité sera traitée dans une autre occasion.

Thérapeutique. — Comme le développement de la maladie est généralement lent et que, surtout au début, il y a des améliorations passagères, une partie des malades s'y habituent ; d'autres, moins résignés, luttent et usent des traitements les plus divers ; souvent les eaux minérales sont employées en bains, en boisson et en applications locales. Je ne nie pas que ces soins puissent soulager un certain nombre de malades. Un traitement général conduit avec intelligence peut certainement agir sur les dispositions diathésiques, qui jouent ici un rôle important. Les applications locales influencent favorablement les anomalies de sécrétion, mais à la condition d'être pratiquées avec beaucoup de prudence. L'expérience m'a démontré que, si les fosses nasales supportent d'une façon surprenante certains traitements héroïques, institués en parfaite connaissance de cause, elles sont, par contre, extrêmement sensibles à certaines pratiques, bien innocentes en apparence et bien banales. Ainsi, l'agent le plus puissant, le galvano-cautère, manié par un opérateur habitué à son usage, exerce une influence des plus bienfaisantes sur la membrane de Schneider, et n'entraîne que peu de réaction, tandis que la douche naso-pharyn-

gienne de Weber, procédé excellent d'ailleurs, peut provoquer des phénomènes d'irritation excessive lorsqu'elle est mal exécutée, quand, par exemple, au lieu d'employer des solutions salines capables de modérer les échanges osmotiques, on se sert de liquides qui les favorisent, tels que l'eau pure.

Il en est de même d'un autre procédé, le *reniflage*. Que de fois n'ai-je pas vu cette pratique suivie de douleurs frontales tenaces, tout simplement parce que l'aspiration violente faisait pénétrer le liquide dans les sinus frontaux !

Je dois dire, d'après une longue expérience, que la thérapeutique usuelle, si prudente et si judicieuse qu'elle soit, est impuissante à elle seule à faire disparaître le substratum du coryza chronique, l'hypertrophie de la pituitaire et les principaux symptômes de l'affection, qui tous découlent de cette modification de la muqueuse. Le boursouflement résiste aux soins les plus intelligents et s'accroît même sous l'influence de certaines applications ; il ne cède qu'à l'usage du *galvanocautère*, et ce travail a pour but de faire ressortir les avantages de cet instrument.

Le galvano-cautère, recommandé pour les affections des fosses nasales par MM. Voltolini, Michel, Zaufal, Hedinger, etc., fait disparaître le boursouflement avec rapidité, rétablit la respiration nasale et restitue souvent le sens de l'odorat. Son action produit des résultats définitifs, c'est-à-dire que les bourrelets de la muqueuse disparaissent pour toujours, ce qu'aucune autre méthode de cautérisation ne saurait faire aussi sûrement et aussi facilement. Le cautère galvanique détermine dans la pituitaire hypertrophiée des pertes de substance qui restent béantes comme si on les avait faites à l'emporte-pièce, et les vides ainsi obtenus rétablissent le calibre normal des cavités nasales.

L'application de cet agent si puissant est très peu douloureuse, et la réaction n'atteint qu'un faible degré d'intensité. On peut souvent faire pénétrer le platine incandescent dans la muqueuse qui tapisse les cornets sans que le malade se plaigne et sans qu'une inflammation violente suive cette opération, si osée en apparence. Cela s'accorde avec ce qu'on sait du peu de réaction qui suit

les opérations galvano-caustiques en général, et de la cicatrisation rapide qu'elles amènent.

J'ai pu obtenir la disparation définitive de l'obstruction nasale en trois ou quatre séances de la durée de quelques secondes, en me bornant à diminuer l'engorgement du revêtement des cornets inférieur et moyen. Tout dernièrement, j'ai eu à soigner une petite fille de 4 ans qui souffrait depuis longtemps d'un coryza des plus accusés. Les cornets étaient tellement gonflés que toute lumière des fosses nasales avait disparu. Six séances, en ne touchant qu'une seule narine dans chacune d'elles, ont suffi pour dégager les méats inferieur et moyen, et rétablir la respiration par le nez. Bien que douloureuses, ces cautérisations l'étaient pourtant assez peu pour que j'aie pu les continuer jusqu'à la fin sans user de coercition ni insensibiliser la petite malade.

Chez les enfants à la mamelle, le coryza produit des phénomènes graves, parce que, en têtant, ils ne peuvent plus respirer du tout. Je n'hésiterais pas, dans un cas de cette nature, à employer le galvano-cautère, surtout le modèle que je décrirai plus loin, pour diminuer instantanément le gonflement de la muqueuse et rétablir la respiration nasale, la seule que les petits enfants sachent pratiquer.

Procédé opératoire et instruments. — L'usage d'un moyen aussi puissant que le galvano-cautère exige certaines précautions, en première ligne celle de localiser strictement son action aux parties sur lesquelles on veut agir. On atteindra ce but en éclairant et en inspectant soigneusement le champ opératoire pendant tout le temps de la cautérisation. Je me sers d'un réflecteur frontal concentrant la lumière d'un bec de gaz et l'envoyant dans la cavité nasale. La narine est dilatée au moyen de l'excellent spéculum de M. Duplay. J'ai seulement apporté à cet instrument la modification suivante : les parois des spéculums ordinaires sont d'une épaisseur inutile et même nuisible, inutile parce que les valves n'ont à supporter qu'une pression insignifiante, nuisible parce que le champ visuel déjà si borné se trouve encore restreint par cette épaisseur ; je fais donc exécuter les valves beaucoup plus minces.

Le galvano-cautère doit être coudé à angle obtus, l'ouverture de l'angle regardant en bas. On évite ainsi que la main cache l'entrée de la narine.

On introduit l'instrument à froid, et on ne fait passer le courant qu'après avoir sûrement appuyé la partie destinée à brûler contre l'endroit à cautériser.

Jusqu'ici les auteurs me semblent avoir négligé un point que je crois extrêmement important, c'est d'éviter d'atteindre la cloison. Celle-ci ne participe, pour ainsi dire, jamais à l'affection, et elle supporte très mal l'action du galvano-cautère. Je suis convaincu que certains accidents rapportés par les auteurs sont dus aux brûlures de cette partie. Comme tous les cautères connus portent la partie destinée à brûler à leur extrémité, il arrive qu'on touche involontairement, par exemple à la suite d'un mouvement du malade, la cloison ou d'autres parties qu'on n'avait pas l'intention d'atteindre.

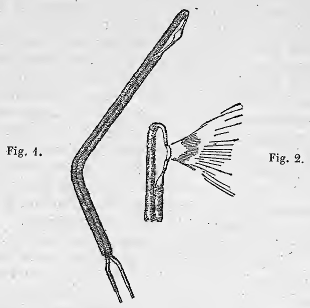
Un autre inconvénient des instruments usuels est celui-ci : l'énorme température produite par le courant donne aux cautères une puissance destructive formidable; or, lorsque leurs bouts pointus ou tranchants sont portés à ce degré de chaleur, ils pénètrent dans les tissus avec une rapidité étonnante, et souvent à une profondeur bien plus grande qu'on ne l'aurait voulu.

J'ai cherché le moyen de parer à ces inconvénients, et je pense y être parvenu en modifiant la construction des galvano-cautères nasaux. Voici le principe que j'ai adopté : la partie destinée à devenir incandescente est une plaque proéminente, et non pas une pointe plus ou moins effilée ou aplatie; en outre, et c'est là le point important, elle se trouve placée non plus à l'extrémité du cautère, mais latéralement sur l'une de ses branches. (Voy. les fig. 1 et 2.)

En appliquant la plaque de platine saillante contre l'endroit malade, on évite les inconvéniens que je viens d'exposer. Le bout n'étant pas pointu et ne brûlant pas, on ne risque plus de l'enfoncer dans les tissus malgré soi. Quant à la cloison, elle se trouve protégée par celui des fils conducteurs qui ne porte pas la plaque.

On peut opérer aussi en introduisant d'abord la plaque un peu au delà des parties à cautériser, pour faire passer

le courant au moment où l'on commence à retirer l'instrument. Ce dernier procédé m'a paru utile chez les malades qui ne se tiennent pas tranquilles, chez les enfants par exemple.



Galvano-cautère nasal et tonsillaire à action latérale du docteur Löwenberg.
Fig. 1. Grandeur naturelle (modèle pour la narine gauche).
Fig. 2. Le bout portant la plaque incandescente, légèrement grossi.

Il est indispensable de posséder deux instruments : l'un, destiné à la narine droite, porte la plaque à gauche ; l'autre (fig. 1 et 2), qui sert pour le côté gauche, la porte à droite.

J'emploie le polyscope de M. Trouvé, appareil qui emmagasine l'électricité d'une pile au moyen de la pile secondaire de M. Planté, et la tient prête au moment voulu. Le polyscope, dont on ne saurait trop recommander l'usage, remplace avantageusement les batteries compliquées pour les petites opérations galvano-caustiques, telles que je les pratique journellement dans le nez, l'oreille et le pharynx. M. Trouvé exécute également, sur mes indications, les galvano-cautères spéciaux.

J'emploie ces nouveaux instruments dequis deux ans, et je n'ai eu qu'à me louer de leur usage. Ils me semblent surtout nécessaires dans les cas cités plus haut où il

existe des éperons de la cloison, touchant la muqueuse hypertrophiée des cornets inférieurs. Il était impossible jusqu'ici de ne pas atteindre la cloison dans ces cas, tandis que l'on peut introduire mes cautères de manière à brûler le bourrelet muqueux d'un côté, et protéger l'autre avec l'instrument même.

Si quelques auteurs ont vu surgir des complications après l'emploi de la galvano-caustique dans les fosses nasales, cela tient sans doute à l'emploi trop peu modéré de ce moyen puissant, et surtout à ce qu'on n'a pas songé à épargner la cloison. Je n'ai jamais eu, pour ma part, aucun accident à déplorer; j'attribue cet heureux résultat à ce que je n'abandonne jamais les mesures de prudence recommandées plus haut, et à ce que j'emploie des instruments qui permettent d'atteindre les parties malades exclusivement, et sans dépasser en profondeur la muqueuse olfactive.

Il faudrait, d'ailleurs, commettre de véritables imprudences, pour que le galvano-cautère amenât des suites fâcheuses, car son usage est suivi, comme nous l'avons dit, d'une très faible réaction. Je suis porté à croire que cette inocuité provient en partie de la haute température (1300°) du platine incandescent, laquelle jouerait le rôle d'un puissant antiseptique au lieu d'application et dans son entourage.

Le galvano-cautère que je viens de décrire peut s'employer aussi avec grand avantage pour diminuer l'*hypertrophie des amygdales*, lorsqu'on ne veut pas recourir anx instruments tranchants, ou qu'il s'agit d'enlever seulement quelques lobes saillants. La protection due à la branche qui ne porte pas la plaque empêche de brûler la luette, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Pour conclure, je répéterai que l'emploi du galvanocautère est le meilleur mode de traitement connu du coryza chronique simple et de certains cas d'hypertrophie des amygdales.

D[r] Löwenberg.

CONGRÈS DE LONDRES

SOUS-SECTION DES MALADIES DE LA GORGE

(*Suite*)

Séance du Lundi 8 août.

M. FOULIS (de Glasgow). — *Des indications de l'extirpation totale ou partielle du larynx.* — L'auteur présente une analyse des 26 cas d'extirpation totale du larynx, et dans un tableau synoptique fort bien rédigé, il indique l'âge, le sexe des malades, la nature de l'affection dont ils étaient atteints, l'opération qui a été pratiquée, le résultat immédiat, et futur quand il a existé. Les cas sont divisés en trois groupes basés sur l'indication : 1° les affections non malignes; 2° les sarcomes; 3° les carcinomes, et il conclut :

1. — L'extirpation totale est préférable à l'extirpation partielle.

2. — Dans tous les cas de tumeurs malignes, l'extirpation du larynx est indiquée :

(*a*) — Dès que le diagnostic est nettement établi.

(*b*) — Le fait que les glandes des côtés du cou sont envahies, peut constituer un obstacle à l'opération.

(*c*) — Il ne faut pas opérer des malades très âgés (plus de 70 ans).

3. — Le larynx peut être extirpé, lorsqu'il présente un état très accusé d'épaississement et d'ulcération, même lorsqu'il ne s'agit pas d'une affection de nature maligne.

M. PHILIPP. SCHECH (de Munich). — Pense que : 1. — L'extirpation totale est indiquée :

(*a*) Dans tous les cas où des néoplasmes de nature maligne, ayant envahi la plus grande partie ou plus de la moitié du larynx, ont épargné les parties voisines.

(*b*) Dans les cas de dysphagie, dus à une hypertrophie très marquée des cartilages cricoïde ou aryténoïdes, ou de leur revêtement muqueux, dans lesquels l'alimentation par la pompe stomacale est impossible et l'alimentation par la voie rectale, insuffisante.

Contre-indiquée :

(*a*) Dans tous les cas de néoplasmes bénins et de papillômes multiples, même s'ils ne peuvent être enlevés complètement par aucune autre méthode, et s'ils récidivent sans cesse.

(*b*) Dans les cas de périchondrite et de nécrose du cartilage.

(*c*) Dans les cas de néoplasmes malins qui ont amené déjà des affections malignes des parties voisines ou des organes plus éloignés, ou bien qui existent en même temps que d'autres maladies graves, même non malignes.

2. — L'extirpation partielle est indiquée :

(*a*) Dans la sténôse laryngée tubulaire, très marquée et rebelle, et dans toute autre autre variété de sténôse dans laquelle l'appareil vocal a subi une destruction si étendue, que la phonation est impossible sans larynx artificiel.

(*b*) Dans tous les cas de néoplasmes bénins du larynx, où la thyrotomie serait indiquée mais ne peut être pratiquée à cause de l'ossification des cartilages, et du danger de les fracturer.

(*c*) Dans les cas de néoplasmes malins limités, ayant atteint un cartilage, ou étendus à une plus large surface sans dépasser une moitié de larynx.

Contre-indiquée :

(*a*) Dans la sténôse laryngée simple susceptible de dilatation, et surtout dans les cas d'adhérences membraneuses entre des parties du larynx.

(*b*) Dans les cas de papillômes, même s'ils récidivent plusieurs fois.

(*c*) Dans les cas de néoplasme malins qui, bien qu'unilatéraux, ont infecté des organes voisins ou éloignés.

M. Voltolini (de Breslau). — *De l'emploi de la méthode galvano-caustique dans le nez, le pharynx et le larynx.* — Cette méthode, dans les régions citées, ne saurait être remplacée par aucune autre, pas même par l'électrolyse, malgré certains avantages particuliers que présente ce procédé.

Il faut attribuer un grand nombre des objections faites à la méthode galvano-caustique, à la connaissance imparfaite de la méthode et du maniement de l'instrument.

Il est nécessaire de se servir de batteries et d'instruments jugés convenables par des *médecins* compétents. Les fabricants d'instruments ne sont pas compétents à ce point de vue. (Batterie de l'auteur recommandée à cause de sa simplicité.)

C'est une erreur de croire que la méthode galvano-caustique par elle-même rend l'hémorrhagie impossible.

Il est nécessaire d'opérer en suivant certaines règles, pour éviter une hémorrhagie dangereuse.

Étude comparative des avantages de la galvano-caustie et de l'électrolyse.

Cette dernière ne l'emporte pas sur la méthode galvano-caustique.

Avantages tout particuliers de la méthode galvano-caustique dans certaines maladies (tuméfactions à large base, épaississements calleux, sténôses, etc.), bien que l'emploi d'autres méthodes ne soit pas blâmé. Au larynx, pas d'hémorrhagie, les tissus apparaissent de couleur blanche, immédiatement après avoir été touchés.

Quant à la cavité naso-pharyngienne et au nez, la méthode galvano-caustique constitue la méthode par excellence; elle prévient les hémorrhagies, les récidives, etc.

M. Solis-Cohen (de Philadelphie). — 1. — Le galvano-cautère est souvent employé sans nécessité.

2. — Le galvano-cautère est souvent moins utile que l'anse métallique à froid, dans le traitement des tumeurs intra-nasales et des saillies hypertrophiques polypiformes du tissu normal.

3. — Le galvano-cautère est utile, et comme escharrotique, et comme altérant, dans le traitement de l'hypertrophie de la muqueuse nasale, gênant la respiration.

4. — Le galvano-cautère n'est pas nécessaire dans le cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la voûte du pharynx.

5. — L'anse galvano-caustique constitue un des moyens les plus sûrs et les plus satisfaisants d'enlever les tumeurs naso-pharyngiennes et pharyngiennes ; de détruire les masses de follicules hypertrophiés dans la pharyngite chronique folliculeuse ; et de détruire les follicules hypertrophiés de la base de la langue ou des régions voisines.

6. — Des amygdales hypertrophiées peuvent être facilement détruites à l'aide du cautère à surface. Les inconvénients qui s'attachent à l'excision par l'anse métallique, rendent cette méthode inférieure à l'excision ordinaire à l'aide d'instruments tranchants.

7. — Des tumeurs s'étendant au palais, ou au palais et au pharynx, peuvent souvent être enlevées avec succès par le couteau galvano-caustique.

8. — Le galvano-cautère ne constitue pas un bon traitement de la sténôse pharyngée.

9. — De petites tumeurs laryngées, faciles à atteindre, peuvent être détruites à l'aide de la pointe galvano-caustique.

10. — Des cicatrices membraneuses, réunissant des parties adjacentes, sont plus convenablement détruites par le couteau galvano-caustique ; cette méthode est celle qui expose le moins à des adhérences ultérieures.

11. — Dans l'emploi du galvano-cautère, il faut éviter avec le plus grand soin de cautériser le tissu sain, entourant les parties malades.

M. Cadier (de Paris). — 1. — Le galvano-cautère est préférable à toutes les autres méthodes de cautérisation pour prévenir la récidive des tumeurs papillaires polypiformes de la syphilis tertiaire, après que ces tumeurs ont été arrachées à l'aide de la pince. On aura soin de ne porter le fil de platine qu'à la température du rouge sombre. Ce moyen présente l'avantage d'arrêter immédiatement l'hémorrhagie.

2. — L'ignipuncture galvano-électrique, le fil de platine étant porté à la température du rouge blanc, peut remplacer avantageusement l'amygdalotomie dans les cas d'hyperthropie chronique des amygdales.

3. — Les cautérisations localisées avec la pointe d'un galvanocautère sont très utiles dans les cas de pharyngite chronique à grosses granulations.

4. — Les polypes du nez pas trop volumineux et peu profonds peuvent être enlevés à l'aide de l'anse galvano-caustique. Si l'on ne peut introduire l'anse, on peut pratiquer l'arrachement avec la pince en ayant soin de pratiquer ensuite une cautérisation galvano-électrique qui arrête l'hémorrhagie.

M. Lennox Browne (de Londres). — La méthode galvano-caustique est très utile dans presque toutes les affections nasales, et les batteries dont je me sers, rendent l'emploi du galvano-cautère très pratique.

Le galvano-cautère est surtout très utile dans le pharynx, quand il existe des granulations avec veines dilatées, des ulcérations syphilitiques ou malignes. Mais il est peu convenable pour l'ablation des amygdales hypertrophiés, tandis qu'il a son utilité pour détruire les follicules glandulaires de ces organes.

Dans le larynx, le galvano-cautère est utile pour détruire les veines dilatées de l'épiglotte, surtout dans les cas d'affections malignes de cet organe. Quant à son emploi dans l'intérieur du larynx, je n'en suis pas très partisan.

Enfin, le thermo-cautère est bien supérieur, dans les cas appropriés au thermo-cautère Paquelin, au nitrate acide de mercure, à l'acide nitrique et aux autres caustiques.

M. Victor Lange (de Copenhague). — La méthode galvano-caustique doit être considérée comme exempte de dangers, dans les maladies du nez et du pharynx.

(*a*) *Maladies du Nez.*

1. — En général cette méthode n'est pas nécessaire pour opérer les polypes nasaux pédiculés ; dans presque tous ces cas, l'anse métallique à froid est suffisante. D'autre part, elle est utile et préférable à tous les autres moyens caustiques, dans le traitement consécutif, c'est-à-dire la destruction de restes de polypes.

2. — Elle constitue le meilleur mode de traitement de l'hypertrophie de la muqueuse, et des excroissances polypoïdes.

3. — Elle est souvent indispensable dans le lupus du nez, surtout lorsqu'un certain degré d'infiltration des parties molles empêche de recourir à la cuiller tranchante ou à la scarification.

4. — Elle peut être utile dans les hémorrhagies nasales punctiformes, mais ne saurait enrayer une hémorrhagie profuse.

(*b*) *Maladies du Pharynx.*

1. — En général, elle n'est pas nécessaire dans l'hypertrophie des amygdales.

2 et 3. — Elle constitue le meilleur mode de traitement des granulations et du gonflement des replis muqueux.

4. — Elle ne doit pas être regardée comme le traitement par excellence des végétations adénoïdes.

M. Frank H. Bosworth (de New-York). — *Contribution à l'étude du catarrhe nasal.* — Si ce sujet est mal connu, c'est que les malades étaient autrefois enlevés dans un état peu favorable à l'examen, inconvénient que l'on évite aujourd'hui à l'aide de l'écraseur à anse métallique, de W.-C. Jarvis, de New-York.

Deux altérations pathologiques caractérisent le catarrhe nasal : une véritable hypertrophie et une atrophie. L'hypertrophie (*rhinitis hypertrophica*) est amenée par les modifications que subit le tissu caverneux sous-jacent à la muqueuse. Les glandes mucipares sont en même temps hypertrophiées et dilatées. Dans le catarrhe atrophique ou *rhinitis atrophica*, la principale altération se rencontre dans les glandes qui sont en partie détruites et dont les fonctions sont partiellement abolies. D'autres altérations moins importantes variables se rencontrent suivant que l'affection est plus marquée à la partie antérieure ou à la partie postérieure de la cavité, sur le cornet moyen ou sur le cornet inférieur.

M. Justi Idsteim am Taunus. — *Du traitement local de la coqueluche.* — La coqueluche est, sans aucun doute, une maladie infectieuse, localisée dans les organes respiratoires, et surtout dans le larynx.

Le traitement local est indiqué à côté du traitement constitutionnnel (conditions analogues dans la syphilis). Résultat rapide dans la première période surtout; le succès est plus lent dans la période convulsive. Description de la méthode : Insufflation de quinine avec salicylate de soude; inhalations continues au moyen des capsules de Feldbausch, etc.

Séance du mardi 9 août.

M. Fraenkel (de Berlin).—*Nature et traitement de l'ozène :*

1. — Sous le nom d'*ozène*, on a confondu, d'ancienne date, différentes maladies de la cavité nasale ; le symptôme commun à ces diverses affections est une odeur fétide prenant naissance dans le nez, et communiquée à l'air expiré.

2. — La forme la plus générale, celle par conséquent à laquelle il faudrait limiter l'application de ce terme, se produit sans qu'il y ait une affection des os ou des cartilages, et sans ulcérations de la muqueuse. Cette affection se range dans le chapitre du catarrhe chronique de la cavité nasale, et est toujours accompagnée d'un degré plus ou moins marqué d'atrophie de la muqueuse.

La fétidité, dans cette forme, est due à la stagnation et à la décomposition des sécrétions.

La fétidité ne prouve pas qu'il existe nécessairement une affection constitutionnelle.

3. — Les méthodes de traitement les plus recommandables de cette forme d'ozène, sont :

(*a*) L'écartement des sécrétions de la cavité nasale au moyen de la seringue ou de la douche.

(*b*) Le Tampon de Gottstein.

(*c*) L'emploi prudent de la chaleur (fer chauffé à blanc) dans le but de détruire la suppuration de la muqueuse.

— M. Fournié (de Paris). — Il faut d'abord distinguer *l'ozène accidentel de l'ozène constitutionnel.* Dans l'ozène accidentel, c'est le plus souvent une inflammation syphilitique, diphthé-

ritique ou catarrhale qui est la cause de l'odeur nauséabonde, mais moins désagréable que celle de l'ozène constitutionnel.

Traitement. — Moyens généraux dirigés contre la cause. Traitement local : 1° lavages répétés avec une décoction chaude de guimauve et de pavot. S'il existe des croûtes dures et adhérentes, il faut les enlever à l'aide d'une tige terminée par une éponge : 2° applications de topiques variables selon la lésion : solution de nitrate d'argent, acide phénique, teinture d'iode. L'ozène constitutionnel est beaucoup plus grave et plus difficile à guérir ; il est difficile de reconnaître sa nature ; il est certain qu'il apparaît à partir de 3 ou 4 ans, quelquefois plus tard et qu'il se montre généralement chez des sujets atteints de scrofule ou d'herpétisme. La cause immédiate de l'odeur est attribuée par l'auteur, à une propriété des glandes que renferme le chorion de la muqueuse pharyngo-nasale. Chaque région du corps, à ce point de vue, a une odeur spéciale, *sui generis* ; l'inflammation des gencives, mercurielle ou autre, communique à l'haleine une très mauvaise odeur. Cette odeur spécifique ne peut être attribuée qu'aux éléments glandulaires enflammés des gencives. L'odeur de l'ozène serait produite par l'inflammation des glandes de la région pharyngo-nasale. Sur 92 observations, l'auteur n'a pas rencontré d'ulcération profonde dans les narines, ni dans la région pharyngo nasale. Voici l'aspect des parties tel qu'il l'a observé.

(*A*) *Forme sèche.* — Il y a parfois ozène très prononcé sans catarrhe. On voit la muqueuse recouverte par places d'un enduit noirâtre assez adhérent ; il se forme parfois de véritables paquets à la partie postérieure du plancher des narines. Au-dessous de cet enduit noirâtre, la muqueuse est rouge, saignante, *excoriée* plutôt qu'*ulcérée*. Distinction importante, car souvent on a fait jouer un grand rôle à des ulcérations absentes ou qui ne sont pour rien dans la genèse de l'odeur. Cette forme se rencontre surtout chez les herpétiques.

(*B*) *Forme humide.* — La plus fréquente. Description de l'aspect des parties. D'après l'auteur le siège de prédilection des manifestations morbides est le pourtour de l'orifice postérieur des narines.

1. — Traitement constitutionnel : Dans la forme humide 3 ou 4 fois l'an, bains sulfureux. En même temps à l'intérieur et alternativement iodure de potassium, huile de foie de morue, iodure de fer. Dans la forme sèche, bains arsenicaux, alcalins ; à l'intérieur : arsenic et bicarbonate de soude.

2. — Traitement local : Injections répétées d'eau de guimauve et de pavot suivies d'une injection avec une solution de salicylate de soude (10 grammes pour 500 d'eau). Tous les 2 ou 3 jours au moins,

enlever les croûtes et paquets et cautériser tout de suite après, avec une solution de nitrate d'argent (1 gramme pour 5 d'eau distillée). Il faut faire cette application exactement sur les points malades, en s'aidant du miroir laryngien et du spéculum-nasi. Le traitement dure habituellement de 20 à 25 jours. Mais après un ou deux mois, les accidents ont de la tendance à reparaître. Il faut alors recommencer le traitement, et ce n'est qu'après avoir ainsi multiplié les assauts durant une période de six mois à deux ans, qu'on arrive à un succès durable.

M. Justi-Idsteim am Taunus. — 1. — L'ozène n'est pas une maladie " per se, " mais seulement un symptôme.

2. — Il peut être produit par toutes les affections qui augmentent ou altèrent la sécrétion de la muqueuse nasale, et déterminent comme conséquence de la stagnation, une décomposition de cette humeur.

3. — Telles sont : l'inflammation chronique de la muqueuse nasale, les corps étrangers, les tumeurs nasales et naso-pharyngiennes, les ulcérations spécifiques et non spécifiques et les maladies des parties osseuses du nez.

4. — Vu la multiplicité des causes, le traitement doit varier et souvent doit être non seulement local, mais aussi constitutionnel. L'indication la plus importante est d'assurer à l'écoulement une évacuation facile.

M. Spenger Watson (de Londres). — Tout écoulement nasal chronique peut être une cause occasionnelle de l'ozène.

L'ozène est très fréquemment associé au lupus érythémateux des narines, à la syphilis congénitale, et se rencontre souvent avec la phthisie pulmonaire.

Il est rarement associé aux maladies des os. — L'eczéma chronique est parfois une cause d'ozène.

Le diagnostic de la cause de l'ozène se déduit — 1° de l'âge ; 2° de la physionomie; 3° de l'histoire de la famille; 4° de l'examen rhinoscopique ; 5° des résultats du traitement; 6° des symptômes généraux. (Rhinoscopie antérieure. Modification du rhinoscope de Fränkel.)

Le traitement à employer est la douche de Weber, mais seulement comme moyen préliminaire, et pour faire disparaître l'obstruction. La médication topique, consiste en nuages pulvérisés, bougies d'iodoforme, prises, etc. A l'intérieur : arsenic, fer, huile de foie de morue, et iodés. Parfois caustiques.

Enfin, l'écoulement catarrhal chronique séreux ou séro-purulent est enrayé par les prises de bismuth ; copahu et acides minéraux à l'intérieur.

M. H. Kraus (de Berlin). — Je crois que l'odeur provient des

cellules de nouvelle formation, qui tombent en dégénérescence graisseuse, au moment où elles adhèrent encore à la muqueuse qu'elles tapissent (à la terre mère), et c'est surtout à cette cause qu'il faut attribuer la formation d'une sécrétion visqueuse, épaisse, qui devient rapidement fétide.

Dans la muqueuse ainsi dégénérée, on ne trouve donc pas de jeunes cellules bien intactes, expulsées avec le liquide auquel elles sont mêlées; mais on rencontre en général des cellules en voie de déformation qui forment à la surface de la muqueuse une agglomération de corpuscules graisseux et de pigment qui constituent avec le mucus desséché des croûtes dures et très adhérentes. Enfin, la graisse devenant acide, produit la putréfaction et l'odeur repoussante caractéristique de l'ozène.

M. Fraenkel (de Hambourg). — J'ai eu l'occasion d'examiner la muqueuse pituitaire de quelques cadavres et j'ai rencontré, en effet, des acides gras à leur surface.

M. Bayer (de Bruxelles). — Je puis dire que j'ai eu, pour ma part, l'occasion de rencontrer à la première période de l'ozène une hypertrophie assez notable de la muqueuse qui fut suivie plus tard d'atrophie. Bien plus, chez des sujets d'une même famille, j'ai pu constater que les enfants étaient à l'état hypertrophique, tandis que les parents avancés en âge étaient à la période atrophique ; enfin, j'ai même rencontré ces deux états en même temps chez le même sujet.

Je dirai, en outre, que le côté le plus atteint était souvent plus large que la narine étroite qui bien souvent était saine.

Quant à l'odeur comme moyen diagnostique de l'ozène, elle ne saurait suffire à elle seule, car cette dernière peut être diversement appréciée par chaque observateur.

Je crois, enfin, que le galvano-cautère, est un mauvais mode de traitement dans l'ozène, car il a l'inconvénient de détruire les glandes qui existent encore, et qui sont peut-être saines.

M. L. Elsberg (de New-York) avait envoyé un mémoire sur les névroses de sensation du pharynx et du larynx; et M. Guinier (de Cauterets), quelques considérations sur l'ozène et sur le rôle de la portion libre de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques.

Avant de clore la séance, un représentant des différentes nations a remercié M. le président Johnson, et MM. les membres du bureau, de la manière remarquable dont ils avaient mené les discussions qui venaient d'avoir lieu.

Nous nous bornerons à rapporter ici les quelques pa-

roles prononcées au nom des Français. par M. le Dr Ch. Fauvel:

« Messieurs et très honorables confrères,

» J'aurai voulu pouvoir rester jusqu'à demain pour adresser à notre très honoré président, M. George Johnson, nos compliments les plus sincères, les plus flatteurs, nos compliments d'adieux, avec le désir de nous revoir au prochain Congrès, mais la dure nécessité nous oblige à partir.

» Je ne puis reprendre le chemin de la France sans exprimer en quelques mots, notre grande satisfaction pour l'accueil vraiment royal que nous avons tous reçus dans la patrie des Harwey, des Sydenham, des Jenner, des Paget.

» C'est grâce à l'illustration jetée par ces grands hommes sur notre corporation, grâce à vous, très honorables confrères anglais, qui avez si bien su faire estimer et respecter notre profession, que nous devons l'honneur insigne d'avoir vu le fils de votre souveraine s'asseoir parmi nous, pour proclamer l'ouverture du Congrès.

» C'est une grande nation que la vôtre, et nous ne savons qui nous devons le plus admirer, du prince qui vient prendre place au milieu de la famille médicale, ou des médecins qui ont justement mérité cette marque de déférence.

» Mais au milieu de ces fêtes de la science, nous serions ingrats si nous oublions ceux qui ont rempli la lampe médicale d'une huile toute nouvelle, j'ai nommé les pères jumeaux de la laryngoscopie, MM. Turck et Czermak.

» Gloire à ces deux grands esprits !

» Pourquoi faut-il que la mort brutale et aveugle ait sitôt fermé leurs yeux. Avec quel empressement nous les aurions vu accourir à nos agapes fraternelles, eux qui n'avaient pas craint, il y a vingt-cinq ans, de s'exposer aux plus grandes fatigues pour venir nous faire généreusement part de leur découverte.

» Nous ne devons pas oublier non plus M. Manuel Garcia que nous avons eu le bonheur de voir à notre première séance et que nous appellerons, si vous le voulez bien, le grand-père de la laryngoscopie, en lui rendant le tribut d'éloges qu'il a lui aussi justement mérités.

» Permettez-moi maintenant de résumer en quelques mots les impressions ressenties par nos compatriotes, en présence de vos splendides réceptions. Nous avons tous été remplis d'admiration, et il faudrait un volume pour vous rendre tous les éloges qui sont dus à votre amabilité et à votre générosité. Depuis que nous avons mis les pieds sur le sol de la grande et hospitalière Angleterre, il nous semble que nous sommes entrés dans les jardins d'Armide, c'est comme un conte des *Mille et une Nuits*, nous marchons d'éblouissements en éblouissements, c'est un véritable palais enchanté où nous rencontrons de nouvelles merveilles à chaque pas.

» Que M. le docteur Johnson, notre président, et ses dignes collaborateurs, MM. de Havilland Hall, Félix Semon et Thomas James Walker reçoivent ici nos plus sincères remerciements ; nous ne pouvons voter que des éloges à ces messieurs pour toutes les peines qu'ils se sont données. Leur récompense est d'avoir atteint le but qu'ils se proposaient, de nous plaire et de nous contenter. Car, malgré l'adage de notre célèbre fabuliste « est bien fou du cerveau qui prétend contenter tout le monde et son père ! » Vous avez accompli ce tour de force, vous n'avez, Messieurs de notre bureau, qu'à

vous réjouir ; vos vœux sont accomplis, nous sommes satisfaits et reconnaissants de toute notre âme. »

Après avoir voté à l'unanimité, que la laryngoscopie ayant désormais obtenu une place dans les Congrès généraux, le Congrès spécial de laryngologie de 1882 n'aurait pas lieu à Paris, M. le Président a clôturé la session.

BIBLIOGRAPHIE

Une publication fort intéressante que nous saluons avec plaisir, c'est la *Revue encyclopédique d'anatomie et de chirurgie.* Elle comprend : 1° la réédition dans son entier du grand Atlas de Bourgery et Claude Bernard ; 2° la continuation de cette œuvre sous sa forme primitive.

Tous les médecins connaissent ce travail gigantesque des illustres maîtres, travail extrêmement sérieux et utile aux praticiens en général. Citer le titre, est pour tout le monde, croyons-nous, avoir fait tout l'éloge de l'ouvrage. Nous pensons donc que le monde médical se joindra à nous pour applaudir à l'entreprise de M. le docteur Jacquemart qui s'est mis en tête, non seulement de continuer l'œuvre de MM. Bourgery et Claude Bernard, mais encore d'y ajouter tous les suppléments nécessaires pour en faire une œuvre d'actualité qui deviendra par ce fait la plus complète sous le triple rapport anatomie, histologie, médecine opératoire. Nous applaudissons surtout aux efforts du Dr Jacquemart, parce qu'il a réussi à produire cet ouvrage, y compris les suppléments, à moitié de son prix ancien. C'est grâce à la publication fractionnée hebdomadaire que M. le docteur Jacquemart a résolu ce problème qui permettra, à l'avenir, même aux modestes bourses, d'acquérir *en six ans* cette grande collection.

Les travaux supplémentaires seront dignes sous tous les rapports de ceux d'autrefois, grâce au concours de plusieurs savants anatomistes et chirurgiens en tête desquels nous citerons M. le docteur Le Bec, prosecteur des hôpitaux, très justement apprécié du monde médical pour ses travaux anatomiques et ses connaissances chirurgicales. Il est d'ailleurs l'un des professeurs dont l'enseignement aux travaux pratiques et le plus estimé.

A. D.

ERRATA

Une omission s'est glissée dans la rédaction de la communication de M. le docteur Hering (de Varsovie), au Congrès de Londres, *sur le traitement mécanique des sténoses* (no 14, 1er septembre). Au lieu de lire (p. 388) « jusqu'à ce jour les dilatations faites par l'ouverture trachéale ont donné de meilleurs résultats que celles pratiquées par la bouche. » On devra lire : « Jusqu'à ce jour les dilatations faites par l'ouverture trachéale, *à l'aide des dilatateurs mécaniques* (Stoerk, etc.), ont donné de meilleurs résultats que celles pratiquées par la bouche, *à l'aide de dilatations graduelles mécaniques.* »

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.